



„Arbeitsrecht für Vorstände“

Führung und Verantwortung in der Hospizarbeit (2023-09)

Kaum einer von denjenigen, die als Verantwortliche in den Institutionen der Hospizarbeit tätig sind, hat die Aufgabe eines Arbeitgebers in der ehrenamtlichen Hospizarbeit gesucht. Doch die Bereitschaft, Verantwortung für die Weiterentwicklung der Hospizarbeit vor Ort zu übernehmen, bringt diese Aufgabe oft mit sich. Sowohl eine Koordinatorin, ein Koordinator als auch eine Verwaltungskraft benötigen einen Arbeitsvertrag. Jeder Vertrag schafft zwischen den Handelnden Sicherheit, birgt jedoch auch Risiken, sofern die Verträge nicht klar formuliert sind. Es gibt Rahmendaten, die einzuhalten sind usw. Dieser Workshop möchte dazu beitragen, den Überblick über die rechtlichen Anforderungen und gesetzlichen Vorgaben zu behalten.

Geplante Inhalte:

- I. Wie ist ein Arbeitsvertrag zu gestalten?
- II. Was sollte eine Arbeitsplatzbeschreibung enthalten?
- III. Was muss ein Arbeitszeugnis enthalten?

Der Workshop ist so angelegt, dass viel Raum für Ihre Fragen und Erfahrungen gegeben ist.

Wann: Samstag, 24. Juni, 10:00 - 16:00 Uhr

Wo: Kollegienwall 20, 49074 Osnabrück

Kosten: 50, 00 €

Zielgruppe: Alle diejenigen, die in der ehrenamtlichen Hospizarbeit die Verantwortung als Arbeitgeber tragen.

Referent : Stefan Pape ist Rechtsanwalt und war zunächst selbstständig in arbeitsrechtlich ausgerichteten Kanzleien tätig. Seit 2021 berät und vertritt Herr Pape Unternehmen für den Industriellen Arbeitgeberverband Osnabrück-Emsland-Grafschaft Bentheim e.V. (IAV).

Landesstützpunkt

Hospizarbeit und
Palliativversorgung
Niedersachsen e.V.



Anmeldung:

Bitte melden Sie sich einzeln persönlich an.

Nutzen Sie pro Teilnehmer*in dazu bitte das beiliegende Anmeldeformular oder melden Sie sich über unser Anmeldeportal auf unserer Homepage an.

<https://www.hospiz-palliativ-nds.de/lshpn-veranstaltungen-mit-anmeldung/>

Eine Teilnahme ist nur nach erfolgter Anmeldebestätigung möglich.

Zahlungsmodalitäten:

Bitte erst nach Erhalt der Rechnung überweisen.

Stornofristen :

Bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn: Stornierung kostenfrei

Unter 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn: 50 % des Teilnehmerbeitrages

Unter 2 Wochen: 100% des Teilnehmerbeitrages

Verpflegung: Mittagsimbiss

Kontakt:

Geschäftsstelle

Landesstützpunkt Hospizarbeit

und Palliativversorgung Niedersachsen e.V.

Fritzenwiese 117

29221 Celle

veranstaltungen@hospiz-palliativ-nds.de

Tel. 05141/21 969 86

Fax 05141/21 969 88

Mit freundlichen Grüßen

Elke Peters

Referentin des LSHPN

Die Veranstaltung wird durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung bezuschusst.

Träger des Stützpunktes:



Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



Allgemeine Hinweise:

Aus förderrechtlichen Gründen können nur Anmeldungen von Mitgliedern der Trägerorganisationen, die gemeinnützig sind, berücksichtigt werden.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann die Anmeldung erst dann bearbeitet werden, wenn das Anmeldeformular leserlich mit der **persönlichen** Unterschrift des Kursteilnehmers/ der Kursteilnehmerin in der Geschäftsstelle vorliegt.

Die Anmeldungen werden in der zeitlichen Reihenfolge, in der sie eingehen, den Kursen zugeordnet, daher können bei hoher Nachfrage Wartelisten entstehen.

Aus organisatorischen Gründen können wir **keine** telefonischen oder schriftlichen Vormerkungen für Veranstaltungen vornehmen.

Bitte geben Sie unbedingt bei der Zahlung einer Teilnahmegebühr die **Rechnungsnummer** mit an, um den Ablauf zu optimieren und Nachfragen und Verwechslungen zu vermeiden.

Unsere Informationen zum Datenschutz finden Sie [hier](#) oder auf unserer Homepage unter <https://www.hospiz-palliativ-nds.de> → Veranstaltungen → LSHPN-Termine.



Anmeldebogen

Ich melde mich für folgende Veranstaltung verbindlich an:

„Arbeitsrecht für Vorstände“ (2023-09)

24. Juni 2023

Bitte alles in DRUCKBUCHSTABEN leserlich ausfüllen:

Vor- und Zuname: _____

Straße u. Haus-Nr.: _____

PLZ u. Ort: _____

E-Mail Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Organisation: _____

Ich möchte in die Warteliste aufgenommen werden: ja nein

Ich habe die Teilnahmebedingungen und die Datenschutzerklärung gelesen, akzeptiere sie und melde mich hiermit verbindlich an.

Ort, Datum

persönliche Unterschrift Teilnehmer*in

Abweichende Rechnungsadresse:

Vor- und Zuname oder Organisation: _____

Straße u. Haus-Nr: _____

PLZ u. Ort: _____

E-Mail Adresse: _____

Bitte senden Sie die Anmeldung an:

E-Mail: veranstaltungen@hospiz-palliativ-nds.de

Fax: 05141/21 96 988

Post: LSHPN, Fritzenwiese 117, 29221 Celle

LSHPN intern	Datum	Zeichen
Bestätigt		
Info WL		
Angefragt		
Fakturiert		